Beitrag zur Kenntniss

der

Aetiologie und Therapie

der

Proctitis ulcerosa chronica.

Inaugural-Dissertation

vorgelegt der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

von

Robert Schubiger, prakt. Arzt

in

Pfäffikon (Kant. Zürich).

Pfäffikon.
Druck von J. Peter.
1894.

Beitrag zur Kenntniss

der

Aetiologie und Therapie

der

Proctitis ulcerosa chronica.

Inaugural-Dissertation

vorgelegt der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

von

Robert Schubiger, prakt. Arzt

in

Pfäffikon (Kant. Zürich).

Pfäffikon.
Druck von J. Peter.
1894.

Die Proctitis ulcerosa chronica ist ätiologisch noch keineswegs aufgeklärt. Die meisten Fälle dieser Affektion wurden bis jetzt der Lues zugeschrieben; aber nach neueren Untersuchungen wohl sehr oft mit Unrecht.

Auch die Therapie dieser Fälle ist noch keine einheitliche.

Einen einschlägigen Fall aus meiner Praxis halte ich desswegen der Veröffentlichung werth, weil er einerseits in ätiologischer Beziehung besondere Eigenthümlichkeiten darbietet, sodann weil ich denselben nun mehrere Jahre, sowohl vor als nach der Operation, beobachten und verfolgen konnte und in Folge dessen im Stande bin, über den ganzen Verlauf ausführliche Angaben zu machen.

Der von mir zur Operation zugezogene College, Herr *Dr. Kaufmann,* Dozent der Chirurgie in Zürich, veranlasste mich zu der vorliegenden Arbeit und stellte mir seinen Rath für dieselbe zur Verfügung. Ich spreche ihm hiefür meinen verbindlichsten Dank aus.

I. Aetiologie der Proctitis ulcerosa chronica.

Esmarch[1]) gibt in seiner Bearbeitung der Krankheiten des Mastdarms eine erschöpfende Darstellung der bis in die letzte Zeit geltenden Ansichten über die **Aetiologie** dieser Krankheit.

Unter Mastdarmstriktur versteht man nach ihm diejenigen Verengerungen des Rektums, welche durch krankhafte organische Veränderungen der Darmwand selbst bedingt sind.

Diesen gegenüber gibt es auch andere Verengerungen des Darmlumens, die in Folge von Vergrösserungen der Nachbarorgane, z. B. des Uterus, der Blase oder der Prostata oder aber in Folge von Geschwülsten in der Umgebung oder im Inneren des Mastdarms selbst entstehen.

Die eigentliche Striktur im obigen Sinne ist entweder entzündlich oder narbig.

Im ersteren Falle wird die Wandung durch entzündliche Wucherung starr und verdickt, während bei der narbigen Striktur die Wandung durch sekundäre Atrophie der Narben und Entzündungsprodukte zusammenschrumpft.

Die entzündliche Form geht oft in die narbige über und Beide können neben einander vorkommen.

[1]) Esmarch: «Krankheiten des Mastdarms» (Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie von Billroth und Pitha).

Nach Esmarch können die Mastdarmstrikturen aus folgenden Ursachen entstehen:

1) In erster Linie aus Substanzverlusten z. B. unvorsichtigen operativen Eingriffen: Zerstörung von Hämorrhoidalknoten oder zu reichliche Abtragung eines Prolapsus recti; ferner bei ausgedehnten brandigen Zerstörungen durch phagedänischen Schanker und bei phlegmonöser Periproctitis oder bei Perforationen der Darmwand mit einer Klystierspritze und Injektion des Inhalts derselben in's periproctale Zellgewebe.

2) Es gibt auch angeborne Verengerungen des Mastdarms. Bei den Verengerungen geringen Grades treten die Beschwerden oft erst in späteren Jahren auf und vielleicht hängt auch in einzelnen Fällen die sogenannte habituelle Obstipation damit zusammen.

3) Des weitern kommen bei lang dauernden chronischen Entzündungen der Mastdarmschleimhaut starre Infiltrationen der Wandungen mit nachfolgenden Schrumpfungen vor, indem allmälig das submuköse Bindegewebe und schliesslich die ganze Darmwand in circulärer Richtung mitergriffen wird. Besonders kann dies geschehen bei chronischen Katarrhen nach Tripperblennorrhoe.

4) Am häufigsten entwickeln sich die Mastdarmstrikturen auf dem Boden von Ulcerationen.

Verschwärung und Vernarbung bestehen hier gewöhnlich nebeneinander, indem an einzelnen Stellen die Erstere fortschreitet, während an andern bereits Vernarbung eingetreten ist. Daneben sind dann die benachbarten Muskel- und Zellgewebsschichten

entzündlich infiltrirt und dadurch ihre Ausdehnungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt.

Diese Geschwürsbildungen werden durch die verschiedensten Prozesse erzeugt, von denen ich — im Anschluss an Esmarch — die wichtigsten anführen will.

1) Unter dem Einfluss von Verletzungen resultieren Geschwüre, indem die fauligen Exkremente an den verletzten Schleimhautstellen entzündungserregend und zerstörend wirken und damit die Entstehung von Geschwüren veranlassen.

2) Bei akuter katarrhalischer Proctitis entstehen auf der Mastdarmschleimhaut oberflächliche Erosionen und aus diesen durch Einwirkung der Faeces flächenhafte Geschwüre.

3) Die in Folge von Entzündung und Vereiterung von Hämorrhoidalknoten entstehenden Geschwüre sitzen gewöhnlich am unteren Ende des Rectums.

4) Im Verlauf erschöpfender Krankheiten werden Fallikulärverschwärungen beobachtet, bei welchen durch Zusammenfliessen einzelner kleiner Erosionen grössere gürtelförmige Ulcera entstehen.

5) Die dysenterischen Geschwüre befinden sich in den höheren Parthien des Rectums.

6) Die durch Zerfall von Schleimhauttuberkeln entstehenden Mastdarmgeschwüre sind nicht häufig, gewöhnlich sekundär bei Tuberkulose anderer Organe, besonders der Lungen.

7) Bis in die neueste Zeit wurde die Lues als die weitaus häufigste Ursache zur Entstehung der Mastdarmulcerationen und Strikturbildung angenommen.

Wir müssen verschiedene Formen venerischer Geschwüre unterscheiden:

a) Die Schankergeschwüre entstehen am After durch Herabfliessen des Sekrets von den Genitalien oder bei Männern in Folge passiver Pädrastie. Diese Analgeschwüre können sich auf das Rectum ausbreiten.

b) Eigentlich syphilitische Ulcera entstehen entweder primär durch Pädrastie oder haben den Charakter der Schleimpapeln (breite Condylome) oder sind endlich sogenannte gummöse Geschwüre bei tertiärer Lues.

8) Schliesslich dürfen wir die Verschwärungen nicht vergessen, die durch Zerfall beim Carcinoma recti vorkommen.

Wie schon erwähnt, nahm man in der überwiegenden Zahl der Fälle von eigentlicher Mastdarmstriktur mit krankhafter organischer Veränderung der Darmwand selbst bis jetzt Syphilis als ätiologisches Moment an.

Diese Annahme wurde besonders von einzelnen hervorragenden Syphilidologen gemacht. Fournier rechnet sie der tertiären Periode zu und unterscheidet die ulcerösen gummösen Formen und das von ihm benannte Syphiloma ano-rectale, welches eine eigenthümliche Neubildung sein und im submukösen Gewebe beginnen soll. v. Bärensprung war der erste deutsche Autor, der diese Erkrankung als ein Produkt der konstitutionellen Syphilis bezeichnete. Ihm schloss sich Virchow an. «Die sämmtlichen Fälle, auch jene, wo sonst beim betreffenden Individuum von Syphilis absolut Nichts zu finden ist, schreibt Virchow der Lues zu. Er stützt seine Annahme, wie

er ausdrücklich hervorhebt, nicht auf einen Befund frischer Gummiknoten oder anderer syphilitischer Veränderungen, sondern einmal auf die klinischen Erfahrungen der genannten Syphilidologen und sodann auf die eigenen pathologisch-anatomischen Erfahrungen, nach denen allerdings die Syphilis im Schlund und Kehlkopf chronische Geschwüre mit Strikturen hervorbringt, welche in vielen Beziehungen den narbigen Prozessen im Rektum vergleichbar sind.» (Nikel.)

Andere Autoren und unter diesen namentlich Gosselin treten mit verschiedenen, nicht zu unterschätzenden Argumenten für die nicht syphilitische Natur derartiger Ulcerationen ein. Besonders aus neueren Arbeiten geht hervor, dass man entschieden zu weit geht, wenn man für sämmtliche zweifelhaften Fälle die Lues verantwortlich machen will.

Hahn[1]) hat wohl zuerst diesen Standpunkt vertreten. Auch nach ihm ist ein Theil dieser Fälle unzweifelhaft syphilitischen Ursprungs, während andere Fälle beobachtet werden, wo sonst keine Spur von Syphilis nachzuweisen ist.

Hahn folgten in der Auffassung der Krankheiten besonders Poelchen[2]) und Nikel[3]).

Sehr ausführlich behandelt besonders Poelchen die Aetiologie dieser Affektion an der Hand einer Gesammtstatistik von 219 aus der Literatur zusammen-

---

[1]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie: 12. Congress 1883. S. 104.

[2]) Poelchen: «Ueber die Aetiologie der strikturirenden Mastdarmgeschwüre», in Archiv von Virchow Bd. 127. Seite 189.

[3]) Nikel: «Ueber die sog. syphilitischen Geschwüre des Mastdarmes». Archiv v. Virchow. Band 127. Seite 279.

gestellten Fällen. Ich theile in Folgendem die Resultate dieser wichtigen Arbeit in Kürze mit:

Die Krankheit kommt überwiegend häufig beim weiblichen Geschlecht vor. Von 217 Fällen betreffen

25 Männer,
2 Kinder und
190 Frauen.

Unter den letzteren sind die Puellae publicae vor Allem vertreten.

Anamnestisch ist die Lues sichergestellt in 96 Fällen,
bestritten » 6 »
fraglich » 117 »

In einem einzigen Falle entstand die Affektion primär nach Immissio penis in anum. In 4 Fällen war eine traumatische Ursache nachweisbar. In einem Fall bestand Tuberkulose und in 6 Fällen war Dysenterie vorausgegangen.

Mit zahlreichen Autoren (Hutschinson, Grawitz) nimmt Poelchen an, dass verhärtete, lange im Rectum befindliche Kothballen Decubitus der Schleimhaut und durch Infektion der Submucosa weitgehende Zerstörungen veranlassen können.

Nicht selten trifft man die Angabe, dass eine Infektion des Rectums durch herabfliessendes Sekret der Vagina vorkomme. Dagegen macht Poelchen geltend, dass bei intaktem Sphincter kaum jemals Scheidensekret ins Rectum gelangen könne; höchstens Analfissuren würden in dieser Weise inficirt. Gewöhnlich aber ist der Anus bei syphilitischen Mastdarmgeschwüren intakt und gesund.

Als besonderes ätiologisches Moment führt Poelchen die Rectovaginalfisteln und die dieselben veranlassenden Geschwüre der Vagina und ferners Ab-

szedierungen der Bartholinischen Drüsen an. Der Eiter kann dabei mit oder ohne Durchbruch des Rectums die Submucosa desselben inficiren und Verschwärung bedingen. In der Statistik von Poelchen weisen 46 von 219 Fällen solche Rectovaginalfisteln auf; 5 davon rühren sicher von Vereiterung der Bartholinischen Drüsen her. Diese Fisteln waren in vielen Fällen vorhanden, bevor die Mastdarmerkrankung bemerkt wurde. Alle diese Fälle sind pathologisch-anatomisch genau untersucht.

Küster hat einen Fall mit Gummigeschwülsten in der Schleimhaut des Rectums veröffentlicht. Huet fand bei der Sektion eines Falles auf der Schleimhaut warzenähnliche Geschwülste. Dieselben zeigen die den venerischen Feigwarzen zukommende Gestalt; einige haben mehr die Form flacher Condylome oder Plaques muqueuses, erscheinen also als flache Papeln. Diese warzenähnlichen Gebilde dürfen jedoch nicht unmittelbar als spezifische Gebilde angesprochen werden. Poelchen betont, dass sie bei jeder mit Eiterung verbundenen Schleimhautaffektion vorkommen können. Aus seinen Untersuchungen ergibt sich, dass sie in
23 Fällen konstatiert wurden. Davon waren
12 sicher syphilitisch,
1 Fall sicher nicht und
10 mal fehlte eine Angabe über vorhandene Lues.

Die Diagnose ex juvantibus spricht in dieser Statistik auch gegen Lues, da die anti-syphilitische Behandlung fast immer ohne Erfolg war.

Poelchen kommt also zum Schluss, dass nur in einer verschwindenden Minderheit der Fälle die Aetiologie der geschwürigen Mast-

darmprozesse klargelegt sei. Dass er damit in Gegensatz zu den schon erwähnten Autoren tritt, welche den syphilitischen Ursprung dieser Geschwüre für die Mehrzahl der Fälle annehmen, ist klar.

Zu annähernd gleichen Resultaten wie Poelchen kommt Nikel. Nach den Ergebnissen seiner Untersuchungen kann von wirklicher Lues nur in den wenigsten Fällen die Rede sein.

Als ätiologische Momente lässt er gelten: Die Bartholinitis und periproctale Eiterungen überhaupt. Traumatische Entstehung haben die Ulcerationen nach Klystierverletzungen des Rektums und nach Verletzungen mit dem Finger bei Exploration der Bekenorgane.

Eine Hauptursache der Mastdarmgeschwüre bildet nach Nikel der Decubitus der Schleimhaut. Diese Dekubitalgeschwüre sollen aber durch eingedickte Kothballen entstehen, welche die Schleimhaut zur Nekrose bringen und dadurch den Entzündungserregern den Weg in die Submucosa ermöglichen. Bei Weibern sind habituelle Verstopfung und Eindickung des Koths viel häufiger als bei Männern und werden auch viel länger ertragen. Namentlich während der Schwangerschaft kommt es zu solchen Anhäufungen und Eindickungen der Faeces und «wenn man berücksichtigt, dass bei irgendwelchen Lageveränderungen des Uterus und Entzündungen seiner Adnexe die Defäkation von den Frauen wegen der dabei entstehenden Schmerzen lange Zeit hintangehalten wird, so darf hierin eine weit einfachere und von den Gynäkologen leicht zu bestätigende Erklärung für das nahezu ausschliessliche Vorkommen dieser chronischen Mastdarmgeschwüre beim weib-

lichen Geschlecht liegen als sie in den recht unwahrscheinlichen Deutungen über widernatürliche Infektion bisher gegeben sind.»

Nikel hält also für wahrscheinlich, dass die Stuhlverstopfung beim weiblichen Geschlecht nicht nur lästige Katarrhe des Mastdarms, sondern in einzelnen Fällen auch die schwersten, selbst tödtlich endenden Geschwürsbildungen herbeiführen kann.

Aus der vorstehenden Darlegung ergibt sich also, dass die neueren Autoren die syphilitische Natur der Proctitis ulcerosa chronica sehr in Zweifel ziehen und gegenüber der früheren einheitlichen Auffassung dieser Fälle bezüglich ihrer Aetiologie zahlreichen Ulcerationsprozessen mit ganz anderer Aetiologie die Eigenschaft zusprechen, Rectumulcerationen und Strikturen zu erzeugen.

II. Therapie der Proctitis ulcerosa chronica.

Neben der Aetiologie hat auch die **Therapie** in den letzten Jahren eine bedeutungsvolle Erweiterung erfahren. Besonders über die Behandlung der fortgeschrittenen Stadien hochgradigster Strikturen wurde die Diskussion gepflogen. Darin sind alle Autoren einig, dass für solche Fälle die übliche Dilatation der Striktur mit Bougies ungenügend, ja für die meisten Fälle geradezu nutzlos ist. Zudem ist der Allgemeinzustand der Kranken in der Regel ein sehr prekärer, so dass nur eine Behand-

lung in Frage kommen kann, welche die kontinuirlichen Beschwerden rasch zu heben verspricht.

Zwei Operationen wurden hiefür erprobt: die Colotomie und die Exstirpatio recti.

In der Arbeit von Erkelens[1]) über die Colotomie finden sich folgende Angaben über 49 Operationen wegen Strikturen: 29 (59%) genasen und 20 (41%) starben. Die hohe Mortalität erklärt sich erstens aus den Verhältnissen der vorantiseptischen Zeit, welcher die meisten dieser Fälle noch entstammen, resp. aus den vielfachen damaligen Wundkomplikationen, sodann aus dem bereits angeführten Umstande, dass es sich gewöhnlich um hochgradig abgemagerte, durch Schmerzen und Eiterung dezimirte Individuen handelte. Bei der aus anderweitigen Gründen ausgeführten Colotomie fand Erkelens 81% Heilungen.

Vor einigen Jahren empfahlen Hahn und Israel[2]) die Rektumexstirpation zum Zwecke der Entfernung der Striktur.

Wie ich jedoch aus einer Diskussion in der «Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins» entnehme, sind gerade die beiden entschiedensten Anhänger der Exstirpatio recti neuerdings davon zurückgekommen. Sie machen geltend:

1) Die Dignität dieser Operation. Sie ist sehr eingreifend und blutig.

2) Das funktionelle Resultat. Der After muss stets mitentfernt werden. Der Operation folgt

[1]) Erkelens: «Ueber Colotomie» (Langenbecks Archiv 23. Band: 1878. p. 41).

[2]) 12. Chirurgen-Congress 1883: Verhandlungen: Seite 61 (Diskussion).

daher incontinentia alvi und sehr lästiger Darmprolaps.

3) Die Unmöglichkeit der Totalentfernung der Striktur. Die Geschwüre reichen oft viel höher hinauf als das Operationsterrain. Hahn führt z. B. einen Fall an, bei dem sich bei der Obduction ausgedehnte Geschwüre und Stenosen bis weit in den Dünndarm hinauf vorfanden.

Knecht [1]) operirte 1884 einen einschlägigen Fall: 35jährige, von ihrem Mann syphilitisch inficierte Frau, die schon Jahre lang mit Dilatationskuren gequält worden. Erst Rectotomia posterior, welche anfänglich durch Behebung der Beschwerden viel versprach. Alsdann wegen höher hinauf sich bildender Striktur Exstirpatio recti. Unmittelbarer Erfolg sehr gut. Nach zwei Jahren jedoch wurde wegen wiederkehrender Striktur die Colotomie nothwendig.

Dieser Fall von Mastdarmresektion wegen strikturirenden Geschwüren hatte auch die oben bereits erwähnte Diskussion in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins veranlasst. Knecht empfiehlt für «geeignete Fälle» die Resektion, weil sie den schädigenden Theil entferne und einen günstigeren psychischen Einfluss ausübe als die Colotomie.

In der darauf folgenden Diskussion ergab sich trotzdem ein Ueberwiegen der Anhänger der Colotomie.

Lindner betont, dass die Patienten für die Resektion meist zu elend seien.

Hahn betont auch hier, wie in seinen früheren Aeusserungen (s. oben), dass die Afteröffnung selten

[1]) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins: Sitzung vom 8./I. 94. Vortrag Knechts und Diskussion.

gesund, also «die idealere» Resektion selten möglich sei und dass man anderseits die Ausdehnung der Geschwüre nach oben nicht beurtheilen könne.

Israel stimmt, obwohl er die Resektion empfohlen hat, Hahn bei. Einmal hat er mit gutem Erfolg resecieren können, ein anderes Mal nach Desartikulation des Steissbeins den Mastdarm gespalten und die Geschwüre lokal behandelt.

Körte hat einen Fall erst kolotomiert, später den Mastdarm reseciert und dann den widernatürlichen After beseitigt. Mit der Rectotomia linearis posterior nach Entfernung des Steissbeins ist er zufriedener gewesen als die Kranke selbst, der der Sekretabfluss unangenehm war.

Thiem[1]) gegenüber, der die Colotomie mit richtiger örtlicher Behandlung — Ausspülen, Bougieren, antisyphilitische Kur — und später Schluss des widernatürlichen Afters für das Idealste hält, betont Wolff, dass die guten Erfolge dieser Methode nur sehr schwer und selten zu erreichen seien.[2])

Die Colotomie bildet demnach die Hauptbehandlungsmethode der strikturirenden Proctitis.

Die Technik der Colotomie hat in den letzten Jahren grosse Verbesserungen erfahren. Es ist bekannt, dass man früher die Operation nach Amussat als die hintere oder extraperitoneale Colotomie

---

[1]) Chirurgen-Congress Berlin 1892, 10. Juni.

[2]) Ein Vortrag von Succhardt «über syphilitische Mastdarmstrikturen» in der «Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins»; Sitzung 12. März 1894 (Referat: «Centralblatt für Chirurgie», Nro. 20, 1894, p. 461), konnte, weil erst nach Abfassung meiner Arbeit erschienen, nicht mehr berücksichtigt werden.

unterschied von der Littréschen intraperitonealen oder vorderen Colotomie.

van Erkelens[1]) beurtheilt diese beiden Operationen in folgender Weise:

1) Die hintere Colotomie nach Amussat: hat im Ganzen einen etwas höheren Prozentsatz von Heilungen als die Colotomia anterior. Allein sie ist « an und für sich schwerer ausführbar, da der viel tiefer gelegene Darm schwerer zu erreichen ist. Die erste Wunde ist weiter, die Tiefe viel bedeutender. Die Verschiedenheit der Schichten der Bauchwand in der Regio lumbalis, wo man bei der Einen Richtung des Schnittes Faszien begegnet, die man bei der dicht daneben liegenden nicht findet, die meistens grosse Menge des Fettgewebes und die Sorgfalt, dasselbe in gleicher Richtung mit dem Hautschnitt zu trennen, erfordern gründliche anatomische Kenntnisse und chirurgische Fertigkeit. Am Grössten sind die Schwierigkeiten im wichtigsten Momente, dem der Eröffnung des Darms. Das überfliessende Blut, die den Boden bedeckenden Fettmassen sind nicht so leicht zu entfernen und erschweren das genaue Erkennen des Colon; die Appendices epiplioicae, das Ligamentum coli sind überhaupt hier nicht zu sehen. Didot konnte nur nach längerer anatomischer Untersuchung das Colon vom Bauchfell uuterscheiden. » Es wurden Faszialstränge für den Darm gehalten; es wurde mit der Faszie zugleich der Darm eingeschnitten, wenn das Fettgewebe sehr spärlich war; es wurde aus Versehen das Bauchfell eröffnet, ebenso das Jejunum oder

[1]) Siehe unter 2 vorhergehender Seite.

Ileum u. s. w. Amussat selbst hatte bei allen Operationen am Lebenden Schwierigkeiten; bei der Auffindung des Colon fand er immer eine « très pénible incertitude ». Einmal verwechselte er sogar die Nebenniere mit dem Darm, ein anderes Mal die Niere und schnitt in dieselbe. Oft finden sich abnorme anatomische Verhältnisse. Sicher hätte man, wenn alle Fälle nach Amussat zur Sektion gelangt wären, noch viel mehr Nebenverletzungen konstatieren können.

2) Die Colotomia anterior nach Littré.

Als Vortheile derselben führt Erkelens ausser der leichteren Ausführbarkeit an: Die Lage des künstlichen Afters (s. oben: Hahn; gegenüber der Exstirpatio recti). « Dieselbe ist viel geeigneter für einen Verschluss durch Pelotten. Die Reinigung der Umgebung kann mit Leichtigkeit vom Patienten selbst vorgenommen werden. Beim Liegen hindert der Lendenafter sehr; der Druck der Pelotte, die Schmerzhaftigkeit der vielfach prolabierten hintern Darmwand beim Druck, die ausfliessenden Massen zwingen den Patienten, die bequemere Rückenlage mit anderen zu vertauschen. »

Hahn hält auch nach dem heutigen Standpunkt die Colotomia anterior gegenüber der Posterior für die richtigere Methode, die zudem weniger gefährlich sei.

Erkelens schildert die Ausführung der Littré-schen Colotomie in folgender Weise:

« Den Patienten legt man auf den Rücken oder etwas auf die rechte Seite, falls der künstliche After in der linken Inguinalgegend angelegt werden soll. Der Hautschnitt beginnt 1 Zoll oberhalb der Spina

anterior superior und wird parallel mit dem ligamentum Poupartii 2—2 ½ Zoll weit zur Symphysis ossis pubis hingeführt. Man kann denselben bilden, indem eine Hand des Assistenten und die linke des Operateurs eine Hautfalte senkrecht auf dem ligamentum Poupartii aufheben, oder, indem die Haut mit den Fingern der linken Hand gespannt wird. Sodann legen Assistenten stumpfe Haken ein, gleichmässig und leicht in der Mitte die Wundränder auseinanderziehend. Der Musculus obliquus externus und internus können darauf aus freier Hand durchschnitten oder noch besser schichtweise zwischen zwei Pincetten gefasst und so getrennt werden. Gleich von vornherein ist streng, wie bei einer Tracheotomie, darauf zu achten, dass die folgenden Schnitte in einer Ebene mit der des Hautschnittes liegen. Zwischen Muscul. obliquus int. und transvers. ist die Zellschicht häufig ziemlich stark, so dass man den Muskel nicht sieht und leicht glauben kann, die Fascia transversa bereits vor sich zu haben. Dieser Irrthum ist zwar nicht von grosser Folge, da man doch nicht allein bis zum Bauchfell dringen, sondern dasselbe durchschneiden muss. Hat man die Muskeln ganz durchschnitten, so erweitert man den Schnitt auf der Hohlsonde bis zur Weite des Hautschnittes. Jede Blutung wird genau gestillt, um nach Eröffnung des Bauchfellsackes nicht hinderlich zu sein. Man erhebt nun in der Mitte der Wunde das Bauchfell zu einer kleinen Falte, schneidet diese ein und erweitert den Schnitt auf der Hohlsonde. Der meist prall gefüllte Darm drängt sich sogleich in die Wunde vor und ist der beste Abschluss gegen andringende Massen. Bevor man den Darm anschneidet, prüft man ihn auf seine

charakteristischen Eigenschaften. Das Colon erkennt man an seinen Appendices epiploicae, seinen Haustra und an den ligament coli. Ist man zweifelhaft, so dreht man den Darm langsam um seine Achse, doch so, dass seine Wand die Wunde immer gut verschliesst; meist wird dann das eine oder andere Merkmal kenntlich sein. Beim Ileum und Jejunum, bei letzterem stärker, sind die Valvulae conniventes Kerkringii deutlich durchzufühlen. Den Dünndarm erkennt man auch meist, indem man bei den respiratorischen Bewegungen sein Auf- und Niedersteigen mit dem Zwerchfell sieht, während das Colon fixirt bleibt. Ist das vorliegende Stück kein Colon, so schiebe man mit dem Scalpellstiele oder mit dem Finger die Darmparthie von der Oeffnung nach vorne fort und lasse eine andere eintreten oder man erweitere auf der Hohlsonde das Bauchfell nach hinten. Erst wenn man auf diesem Wege nichts erreicht, dringt man mir dem Finger nach hinten sehr sorgfältig in die Bauchhöhle, verschiebt langsam die Darmschlingen und lasse den Gedärmen Zeit, sich genau dem Finger wieder anzuschliessen.

Liegt das Colon vor, so kann man jetzt entweder schon Suturen anlegen oder den Darm gleich öffnen. Von den meisten werden zuerst Suturen angelegt und zwar eine am oberen Wundwinkel, die durch den oben liegenden Wundrand, den Darm, und dann von Innen nach Aussen durch den unteren Hautrand geht; eine zweite Nadel wird ebenso unten angelegt, so dass der Darm in der äusseren Wunde befestigt ist. Da aber bei einem strotzend gefüllten Darm leicht durch die feinen Stichöffnungen neben den Fäden flüssiger Darminhalt durchsickern kann,

so stellen Einige dieses Verfahren als völlig unpassend hin und ziehen den Darm mit zwei Pincetten in die Hautwunde, schneiden ihn dann in seiner Längsachse ein und nachdem der erste Koth abgeflossen, vereinigen sie die Wundränder des Darmes mit denen der Haut. »

Hahn[1]) operiert immer in zwei Akten. Nach Spaltung des Peritoneums näht er das parietale Blatt der Peritoneums mit 8—10 Knopfnähten an die äussere Haut. Alsdann sucht er das Colon, was meist leicht gelingt, und heftet es in die mit dem parietalen Blatt umsäumte Wunde. « Dieses geschieht, um ziemlich breite Flächen des visceralen und parietalen Blattes des Peritoneums aneinander zu bringen, um eine festere Vereinigung zu erzielen, und um eine Loslösung zu erschweren, in folgender Weise: Es wird eine nur leicht gekrümmte Nadel etwa einen halben Centimeter zwischen visceralem Blatt des Peritoneums und Darmmuskulatur durchgestochen, dann die Nadel durch das parietale Blatt einen halben Centimeter vom Rande ein- und durch die Haut wieder ausgestochen und alsdann der Faden, welcher aus carbolisirter Seide besteht, leicht geknotet. Es werden auf diese Weise etwa einen halben Centimeter breite Flächen der Peritonealblätter aneinandergelegt, welche nach 5—6 Tagen nach meinen Erfahrungen so fest aneinanderhalten, dass eine Loslösung nicht mehr zu befürchten ist. In dieser Weise werden etwa 8 bis 10 Nähte angelegt und von allen die Fäden etwa 7 cm lang gelassen. Ich halte das Langlassen der Fäden für ganz ausserordentlich wichtig, da nach 6 Tagen

[1]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 12. Congress. S. 108.

das Colon und die ganze Wunde bereits mit Granulationen bedeckt ist und es vorkommen kann, dass man das Colon nicht mehr deutlich erkennen kann. In einem Falle habe ich durch das Versäumniss dieser kleinen Cautele den lethalen Ausgang bewirkt, da ich am 7. Tage die Anheftungsgrenze des Colon nicht mehr deutlich erkennen konnte und beim Einschneiden über dieselbe hinauskam und die Peritonealhöhle eröffnete, welches eine tödtliche Peritonitis zur Folge hatte. Seit diesem Unglücksfalle lasse ich die zuletzt zur Einheftung des Colons angelegten seidenen Fäden stets mehrere Centimeter lang, breite sie, bevor ich an die Eröffnung des Colons gehe, auseinander und kann auf diese Weise mit Leichtigkeit selbst bei mit Granulationen bedeckter Wunde die Lage des Colon erkennen und dasselbe ohne alle Gefahr eröffnen.»

Den zweiten Akt der Operation — die Eröffnung des Colon — macht Hahn in der Regel am sechsten Tage nach dem ersten Akt — ohne Narkose — und zwar mit freier Hand, oder es wird mit zwei feinen Häkchen das Colon angehakt. Nach einigen Tagen nun beginnt Hahn mit der Behandlung durch Ausspülen des peripheren Darmendes. In der ersten Zeit geht ein Theil der Fäkelmassen durch die Wunde, ein anderer, wenn auch geringerer, durch das untere Ende des Darms. Das wird aber mehr oder weniger gehoben durch das Aufstehen der Patienten. Dafür kommt dann freilich ein anderer Uebelstand, indem der Darm immer mehr prolabiert. Zu dem Zwecke, dies zu verhindern, ist nach Hahn von grosser Wichtigkeit: a) die Wunde nicht zu gross anzulegen und b) bald möglichst nach dem Aufstehen eine passende Pelotte anzulegen.

Dieser Methode, des einfachen Längsschnittes in den Darm, wie sie eben beschrieben worden, wurde stets der Vorwurf gemacht, dass ein Theil der Faeces noch lange Zeit nach der Operation den Weg durch das geschwürige Rectum nehme und damit die qualvollen Beschwerden der Patienten zum Theil trotz der Operation noch fortdauern. Desshalb versuchte man in den letzten Jahren die Verbindung des peripheren Darmstückes auszuschalten. König, Maydl und Kocher haben hiefür etwas abweichende Verfahren angegeben:

1) Verfahren von König: Der Darm wird aus der Bauchwunde vorgezogen, durchtrennt und das periphere Ende an der Durchschnittsstelle exakt vernäht und versenkt. Das zentrale Ende wird dann einzig in die Bauchwunde eingenäht.

2) Maydl operirt zweizeitig. Die Darmschlinge wird durch die Bauchwände vorgezogen und durch das Mesenterium ein Jodoformgazedocht gezogen und dieser dann einige Tage liegen gelassen, bis Adhäsionen mit der Wunde eingetreten sind; dann werden die beiden Schenkel der Darmschlinge mit dem Thermokauter durchtrennt und die Gaze entfernt. Es entsteht dann ein gewöhnlicher Anus praeternaturalis, indem sich das nicht funktionierende untere Darmstück allmälig verengt.

3) Kocher hat in seiner Operationslehre folgende Methode zur Anlegung eines Anus praeternaturalis beschrieben: Schnitt 2 Finger breit über dem liganont. Poupartii, von dessen Mitte lateralwärts. Nach Spaltung der Bauchwand durch Trennung der drei Muskelschichten mit Faszie und des Peritoneums in etwas geringerer Ausdehnung wird der Darm so

in die Wunde gezogen, dass eine vollständige Schlinge vorliegt. Dieselbe wird durch eine fortlaufende Seidennaht mit dem Parietalperitoneum vernäht, so dass das zuführende Darmstück reichlichen Raum hat, das abführende vom ersten zusammengedrückt wird. Dann wird ein dreieckiges Stück aus der Convexität der Schlinge bis zum Mesenterialansatz reseciert. Wo die Eröffnung nicht dringlich, soll dieselbe bis zur Bildung guter Adhärenzen verschoben werden.

III. Eigene Beobachtung.

Frau C. S., geb. 1856, stammt aus ganz gesunder Familie. Beide Eltern leben, sind hochbetagt und gesund. Drei Geschwister leben; zwei sind gesund, eine Schwester leidet an chronischer Affektion der Lungen. Patientin selbst war immer gesund bis zum 24. Jahr. Mit dem 19. Jahr wurde sie menstruirt. Periode war früher immer regelmässig. Mit 21 Jahren heirathete sie. Nach zwei Jahren Geburt eines gesunden Mädchens, welches jetzt zu einer blühend gesunden Tochter sich entwickelt hat. Zwei Jahre später (also 1880) abortierte sie in der 14. Schwangerschaftswoche in der Folge Hebens einer schweren Last, wie sie angibt. Die Blutung wollte aber nicht aufhören, sondern dauerte mehrere Tage in profuser Weise fort. Die ärztliche Untersuchung ergab Retention des Eies; dasselbe wurde als ein apfelgrosser Klumpen manuell entfernt. Nach einigen Tagen stund Patientin wieder auf.

Seit diesem Abort nun hatte Patientin beständig starke Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Die Periode, früher immer in Ordnung, wurde ganz unregelmässig, äusserst profus, mit grossen dysmenorrhoischen Beschwerden verbunden. In der Zwischenzeit immer starker Fluor albus. Der Arzt machte die Diagnose auf Geschwüre der Gebärmutter und behandelte lokal. Die Hebamme legte nachher wegen starken Dranges nach unten einen grossen harten runden Mutterring ein. Derselbe wurde aber nur kurze Zeit vertragen und musste mit grosser Mühe wieder entfernt werden. Die Patientin war in Folge dieser geschilderten Beschwerden sehr leidend und als keine Besserung eintrat, machte sie eine sechswöchentliche Hungerkur durch.

Ein Jahr darauf (1881) wurde sie zum 3. Mal gravid. Trotz starker Krämpfe von Anfang an endete diese Schwangerschaft normal mit der Geburt eines gesunden Knaben. Auch dieser lebt noch heute und ist ganz gesund.

Sieben Tage lang hatte sie vor dieser Geburt keinen Stuhl gehabt. Mit Beginn der Wehen bekam sie auch Stuhldrang und entleerte unter äusserst heftigen Schmerzen noch vor der Geburt wenige harte Skybala. Diese entleerten sich mit gleichzeitigem starkem Blutabgang. Es sei im After etwas gerissen und ein fetziger Fleischklumpen sei nachher herausgehangen. Diese Verletzung verheilte wieder spontan. Von da her datiert Patientin den Beginn ihres Leidens. Seitdem wichen die Schmerzen beim Stuhl nie mehr, sondern wurden immer heftiger.

Patientin hatte immer, seit ihrer Kindheit, an

auffallend starker Verstopfung gelitten. Mit dem 9. Jahre schon hatte sie in Folge dessen einen ziemlichen Prelapsus ani und pflegt zur Reposition derselben auf ein gut gehobeltes, eichenes Holzpflöckchen zu sitzen. Allmälig verlor sich der Prolaps wieder. Die Verstopfung aber blieb immer dieselbe und wurde natürlich zu den Zeiten der Gravidität jeweilen stärker.

Seit der Geburt im Jahre 1881 hatte sie stets beim Stuhl allmälig steigende Schmerzen und immer häufiger entleert sich dabei Blut und Eiter. Patientin suchte trotz dieser zunehmenden Beschwerden erst im Jahre 1886 ärztliche Hülfe. Auf Anrathen des Arztes begab sie sich in den Kantonsspital Zürich. Auf der chirurgischen Abtheilung wurde in Narkose eine Kauterisation des Rectums mittelst des Thermokauters vorgenommen und ein Tampon eingelegt. Nach Entfernung des Letzteren am 5. Tage entleerte sich unter heftigen Schmerzen eine ganze Schüssel voll blutigen Eiters und nachher sehr reichliche Stuhlmassen. Das Befinden war nach der Operation anfangs besser.

Aber etwa $^1/_2$ Jahr später wurde das Leiden allmälig wieder schlimmer und schlimmer. Der neue Hausarzt, mein Vorgänger, machte auf eine Untersuchung per Rectum hin die ganz bestimmte Diagnose auf Carcinoma recti. Die Ausspülungen mit Desinficientien waren schliesslich nur noch mit Mühe möglich, indem der Spritzenansatz nicht mehr gut eindringen konnte. Und da die Patientin die Diagnose Krebs bei der fortwährenden Verschlimmerung sowohl der lokalen Beschwerden als auch des Allgemeinzustandes gläubig hinnahm, wurde zwei Jahre lang Nichts mehr gethan.

1888 untersuchte sie ein anderer Arzt, der die Diagnose Krebs bestritt und die Patientin an Dr. Kaufmann in Zürich wies. Dieser machte in Narkose einen genauen Untersuch. Er konstatierte etwa 5 cm oberhalb des Anus im Rectum eine stark stenotische Stelle, welche nur mit grosser Mühe den Zeigefinger passieren liess. Die Striktur nahm das ganze Rectum ein und reichte bis zur Flexur hinauf. Nach der Erweiterung mit dem Weiss'schen Spiegel fand sich die Schleimhaut des Rectums — soweit der Besichtigung zugänglich — übersäet mit hirse- bis haselnussgrossen Papeln, welche sehr blutreich waren, wenig über das Niveau der Schleimhaut hervorragten und sich in Nichts von breiten Condylomen unterschieden. Da Dr. Kaufmann, gestützt auf diesen Befund, die Diagnose auf Lues stellte, verordnete er regelmässige Spülungen mit Desinficientien mittelst des Irrigateurs und eine Zittmannkur. Letztere blieb ohne jeden Erfolg; zudem vertrug Patientin dieselbe nicht lange. Da sie selbst an unheilbaren Krebs glaubte, zumal der Hausarzt darauf beharrte, liess sie der Sache wieder ihren freien Lauf.

Die Qualen, die die Patientin ausstehen musste, wurden nun im Laufe der Jahre 1889 und 1890 immer bedenklicher, die Stuhlentleerung immer schwieriger und schmerzvoller. Sie wagte kaum mehr zu essen und beschränkte die Nahrung, zumal der Appetit ganz darniederlag, auf das Allernothwendigste. Die Zeichen chronischer Inanition wurden immer deutlicher. Patientin magerte zum Skelett ab. Inzwischen machte sie noch eine sechswöchentliche Perityphlitis durch. Furcht und Angst vor der nächsten Stuhlentleerung beschäftigten sie den ganzen Tag, abwechselnd mit

den oft Stunden langen Abmühungen zur Stuhlentleerung. Der heftigste Tenesmus plagte sie oft 2 bis 3 Stunden lang nacheinander; dabei musste sie die unnatürlichsten Stellungen, am Boden hockend, einnehmen, mit den Händen sich so fest stemmend, dass mit der Zeit die mittleren Fingergelenke sich wundliefen. Und das Resultat dieser schrecklichen Abmühungen war die Entleerung von Blut und Eiter, vermischt mit einigen wenigen ziegenbohnengrossen Skybala. Nur kurze Zeit hatte sie Ruhe, um abermals ihre stundenlangen Tantalusqualen durchzumachen. So ging es Tag und Nacht fort; so schleppte sie ihr schreckliches Dasein hin, auf eine baldige Erlösung durch den Tod hoffend.

1890 sah ich Patientin zum ersten Male, an einer Tischecke, im Hintergrund der Stube kauernd, ein Bild hochgradiger Kachexie darbietend. Die Erzählung des Mannes und die Angabe der langen Dauer des Leidens liessen mich an die Richtigkeit der gestellten Diagnose Carcinom zweifeln. Auf die gewünschte Untersuchung hin stellte ich dieselbe ganz bestimmt in Abrede und rieth der unglücklichen Patientin zur abermaligen ärztlichen Behandlung, — 1) um Linderung der sie jedenfalls in kurzer Zeit aufreibenden Qualen, und 2) um eventuelle Heilung zu erzielen. Eine spezielle Diagnose liess ich in suspenso; in erster Linie dachte ich an Lues.

Ich erhielt die Einwilligung der Patientin zum Consilium mit Dr. Kaufmann in Zürich. Dasselbe ergab keinerlei Meinungsdifferenz bezüglich der Natur der Krankheit, sowie der Möglichkeit der Behandlung. Patientin erklärte sich einverstanden mit der von uns Beiden vorgeschlagenen C o l o t o m i e, die

sie aber nur zu Hause in ihrer Wohnung vornehmen lassen wollte.

Operation.

Am 4. Oktober 1890 wurde von Dr. Kaufmann — in der Wohnung der Patientin — unter meiner Assistenz die Operation ausgeführt. Patientin wurde nach Einleitung der Narkose behufs Beckenhochlagerung nach Trendelenburg auf einen improvisirten schief gestellten Tischaufsatz gelagert. Kopf und Rumpf lagen auf der schiefen Ebene nach abwärts; das Abdomen oben auf derselben.

2 Centimeter nach oben von der Spina anterior superior wurde eine 10 Centimeter lange Incision parallel dem Poupartischen Bande so gemacht, dass die Spina anterior superior der Mitte des Schnittes gegenüberlag. Nach Durchtrennung der Bauchwand und des Peritoneums in der ganzen Ausdehnung des Hautschnittes lag das Colon descendens unmittelbar und einzig in der Wunde. Es wurde erst mit dem Peritoneum und dann mit diesem an den Wundrand vernäht und die Wunde mit Jodoformgaze tamponiert.

Die Chloroformnarkose war während der ganzen Operation ungestört und die Patientin erwachte erst im Bette.

Diesem Eingriffe folgte keinerlei Reaktion. Patientin bekam als Nahrung nur schwarzen Milchkaffee und Wein. Der Darm konnte durch regelmässige Gaben von tinct. opii vollkommen ruhig gestellt werden; es erfolgte kein Stuhl, kein Drang. Nie Brechen oder Brechreiz. Täglich entleerte ich die Harnblase mit dem Katheter.

Gerade 8 Tage nach der 1. Operation wurde — ohne Narkose - der Darm mit dem Paquelin eröffnet, nachdem die Nähte entfernt und feste Verwachsung des Darms mit der Bauchwand eingetreten war.

In das periphere untere Darmende wurde ein kleiner Jodoformgazetampon eingeführt, um dem Stuhl den Weg nach unten so gut wie möglich zu verlegen. Ich machte täglich 1—2 mal Verbandwechsel. Erst am 2. Tage nachher zeigten sich in der Oeffnung einige harte Kothknollen, die ich manuell herausholen musste. Die ersten Tage gieng Alles ganz gut. Aber nach einigen Tagen bekam Patientin steigendes Fieber. Der Puls wurde schnell und klein. Sie delirirte. Die Umgebung der Wunde war weithin auf Druck schmerzhaft. Es war starker Meteorismus vorhanden, jedoch fehlte Brechreiz. Es handelte sich offenbar um lokal peritonitische Erscheinungen. Die Gesichtszüge verfielen: die Kräfte nahmen ab. Ich stellte die Prognose infaust; Herr Dr. Kaufmann, der nochmals berufen wurde, ebenfalls, obwohl er sich den schlechten Zustand bei der ganz reaktionslosen Wundheilung nicht recht erklären konnte.

Gegen Erwarten schwanden aber die beunruhigenden Symptome wieder; das Fieber gieng langsam zurück; der Puls wurde wieder langsamer und kräftiger. Die Patientin nahm allmälig wieder etwas Nahrung zu sich.

Der Tampon zur Abschliessung des untern Darmendes schlüpfte einmal nach unten. Patientin bekam in Folge dessen heftiges Drängen nach unten und entleerte nach langen qualvollen Anstrengungen

der Bauchpresse und mit den grössten Schmerzen denselben durch den natürlichen After. Der Tampon wurde nunmehr durch Bindfaden und Heftpflaster an die äussere Bauchwand befestigt. Natürlich konnte er nicht verhindern, dass hie und da Stuhlgang neben ihm in's Rectum gelangte. Dies verursachte immer heftigen Tenesmus, der sich nicht beruhigte, bis dieser Stuhl, mit Blut und Eiter gemischt, sich nach unten entleert hatte. Allmälig aber regulierte sich die Stuhlentleerung durch den künstlichen After; der Durchtritt nach unten wurde seltener und seltener, um nach etwa 1 Jahr dann gänzlich aufzuhören. Erst damit hörten die qualvollen Anfälle von Tenesmus ganz auf.

Weiterer Verlauf.

Solange sie noch lag, prolabierte die Schleimhaut des Colon nur wenig als ein kleiner Wulst. Mit dem Aufstehen wurde aber der Prolaps mit jeder Stuhlentleerung bedeutender. Er hieng nach jeder Defäkation als ein grosses Convolut oft bis zur Schenkelbeuge herab und dessen Reposition machte oft Schwierigkeiten. Im Januar 1891, 3 –4 Monate nach der Operation, reiste Patientin nach Zürich per Chaise, um sich auf genaue Verordnung von Dr. Kaufmann eine passende Bandage mit guter Gummipelotte anfertigen zu lassen.

Anfangs wurde sie oft bei irgendwelcher geringer Verdauungsstörung von plötzlichem Durchfall geplagt, so dass der Stuhl unter heftigem Drang ganz plötzlich und gewaltsam aus dem künstlichen After hervorstürzte, bevor Patientin sich vorsehen konnte. Dies wurde allmälig seltener und verschwand ganz.

Der Narbenring wurde enger und damit der Vorfall immer kleiner und seltener.

Die Bandage besteht nach Art eines Bruchbandes aus einer Feder und einer grossen Pelotte. Seit Patientin im Besitze derselben ist, stört sie die Defäkation durch den Anus artificialis gar nicht mehr. Winde sollen ziemlich häufig abgehen, besonders nach gewissen Speisen, z. B. Kartoffeln, jedoch ohne zu belästigen und den Verkehr mit der Umgebung zu hemmen oder gar zu verunmöglichen. Gegenwärtig wird der Stuhl sehr gut angehalten. Etwa 1—2 Mal per Tag dringt etwas Weniges durch, befeuchtet die unter der Pelotte aufgelegte Compresse und ermahnt Patientin durch das Nässegefühl zur Reinigung der Unterlage. Nachts schläft sie gut; der Schlaf wird einzig durch 2—3-maliges reichliches Uriniren gestört. Sie trägt Nachts die Bandage nicht, sondern bloss eine Binde. Morgens bekommt sie dann beim Aufstehen Stuhlbedürfniss und legt erst nach der Defäkation, die ihr gar keine Beschwerden macht, dieselbe wieder an, bevor sie an die Verrichtung ihrer Hausgeschäfte geht.

Sie fungiert als Hausfrau und ohne Störung als Wirthin.

Der künstliche After stellt eine länglich rundliche Oeffnung dar, ist für etwa 3 Fingerspitzen durchgängig, klafft und die Mündung desselben ist von einem kleinen Stück Schleimhautfläche ausgefüllt. Obwohl also der Sphincter fehlt, sind der Verschluss und die Funktion des künstlichen Afters sehr befriedigende. Der Schnitt ist eben im Obliquus externus angelegt und die Muskelfasern bilden eine Art Quetschhahnen.

Wie schon gesagt, unterblieb die Passage von Koth durch das Rectum seit zwei Jahren vollständig. Damit hörte natürlich der kontinuirliche Reiz der dortigen Geschwürsfläche auf; dieselbe scheint mehr und mehr zu vernarben. Von Zeit zu Zeit wird freilich, besonders während des abdominellen Drucks bei der Defäkation, noch unter leichtem Drang schleimigeitrige Flüssigkeit in geringer Menge aus dem natürlichen After entleert, aber ohne eigentliche Beschwerden oder Schmerzen.

Das Allgemeinbefinden ist ein wesentlich besseres; das Aussehen ist gut. Patientin speist am Tisch mit der Familie, besorgt Hausgeschäfte und zum Theil die Wirthschaft. Sie geht auch aus und hat schon wiederholt per Bahn Reisen nach Zürich und Schaffhausen gemacht. Das Körpergewicht hat bedeutend zugenommen.

Immer ist sie sehr empfindlich gegen jede kleinste Verkältung. Sie verlangt immer ein gut vorgewärmtes Bett und ist auch beim Sitzen am Tisch immer mit einer Bettflasche zu Füssen bewaffnet. Ferner klagt sie viel über Müdigkeit in den Beinen und ist öfters sehr blass. Eine Besserung der Blutverhältnisse liesse sich gewiss durch passende Allgemeinbehandlung noch erzielen. Allein die Patientin wünschte dieselbe nicht; sie ist mit ihrem Zustande ganz zufrieden. Auch zu einer lokalen Behandlung der fistulösen Wundfläche im Rectum lässt sie sich nicht bestimmen; ihr einziger Wunsch, dass man sie in Ruhe lässt.

Der Fortschritt in der allgemeinen Besserung des Gesundheitszustandes der Patientin wurde im Laufe des vorletzten Winters hintangehalten durch die Bildung einer langsam wachsenden Geschwulst im Schei-

deneingang und verursachte dadurch manigfache Beschwerden. Als ich diese Geschwulst im Frühjahr 1893 zu Gesicht bekam, diagnostizirte ich eine Elephantiasis clitoridis. Letztere war zu einem apfelgrossen, runden, breitgestielten, weichen Tumor mit warziger Oberfläche gewachsen und musste in Narkose mit dem Paquelin abgetragen werden. Seitdem sind die Beschwerden von dieser Seite weggeblieben.

Epikrise.

Der vorliegende Fall ergibt sowohl für die streitige Frage der Aetiologie als auch für die Frage der Therapie der sogenannten Proctitis ulcerosa chronica einige bedeutungsvolle Momente.

a) Aetiologie.

Zu dieser Affektion liefern besonders die grossen Städte das Material und das Hauptkontingent dazu stellen bekanntlich die Puellae publicae. Von diesen sind aus leicht begreiflichen Gründen wohl nur selten genaue anamnestische Angaben zu erlangen. Der Umstand, dass man es in Folge dessen vielfach mit Personen zu thun hatte, die nachweislich einmal an konstitutioneller Lues gelitten haben, bei denen sich auch oft frische syphilitische Prozesse vorfanden, mag unzweifelhaft dazu beigetragen haben, diese Geschwüre des Rectums selbst für syphilitisch zu taxieren, wie es früher allgemein geschah. Ein Fall aus der Privatpraxis eines Landarztes, welcher Jahre lang beobachtet und in seiner Entstehung und seinem weiteren Verlauf genau verfolgt werden konnte,

wird desshalb gewiss für die schwierige Beurtheilung der Aetiologie der Krankheit von grossem Werthe sein. Die glaubwürdige Anamnese spricht nun in diesem Falle entschieden für die Anschauung jener neueren Autoren, welche die Syphilis nur für eine beschränkte Zahl der Fälle gelten lassen wollen.

Wie oben bemerkt, wurde dieser Fall vom früheren Hausarzt für Carcinom gehalten und dementsprechend, weil unheilbar, nicht mehr behandelt. Die lange Dauer des Leidens — Beginn 10 Jahre vor meiner Untersuchung, jetzt 14 Jahre — ferner der lokale Befund, welcher dem Finger nicht das charakteristische Gefühl starrer Krebsmassen, sondern das ganz andersartige Gefühl eines elastischen Widerstandes in einem zwar harten, aber glatten Gewebe gab, ferner der Mangel an Metastasen und Drüsenaffektionen bestimmte mich, die Diagnose Krebs für unrichtig zu halten und der seitherige Verlauf hat mir auch Recht gegeben.

Tuberkulose war auch auszuschliessen, weil andere, besonders Lungenerscheinungen fehlten. Die Lungen der Patientin sind ganz gesund; auch existiert keine Heredität.

Dysenterie kommt bei uns selten vor und es war kein Grund vorhanden, dieselbe in Erwägung zu ziehen.

Sublimat- und Quecksilbertherapie wurde nie angewandt.

Zur Annahme einer Tripperblennorrhoe fehlte mir in der Anamnese jeder Anhaltspunkt; ebenso für Schankergeschwüre.

Verletzung mit Klystierspritze hat nie stattgefunden; es wurde überhaupt nie klystiert.

Es blieben einzig in Erwägung die Annahme von Lues und anderseits jene in der Anamnese erwähnten Schädigungen durch den steinharten Stuhl, sowie jene genannten Vorkommnisse in den benachbarten Genitalien.

Was eventuelle **Syphilis** anbelangt, so erwähne ich hier, dass eine genaue Untersuchung des Mannes der Patientin vollständigen Mangel jeder stattgehabten Infektion ergibt; derselbe ist ganz gesund. Die zwei Kinder sind immer gesund gewesen. Bei der Frau selbst sind sonst nirgends luetische Symptome oder Residuen solcher zu konstatieren: keine Narben, keine indolenten Bubonen, Rachen und Halsorgane frei, keine Auflagerungen auf der Tibia; innere Organe normal, auch das Auge. Beide Eheleute stellen jede Infektion entschieden in Abrede, obschon ihnen für den Fall positiver Angabe der Werth der spezifischen Behandlung möglichst nahe gelegt wird. Dr. Kaufmann stützt seine anfängliche Annahme von Lues besonders auf den lokalen Befund bei seiner ersten Untersuchung in Narkose im Jahre 1888 (siehe oben). Kaufmann fand mit dem Weiss'schen Spiegel die Mastdarmschleimhaut übersäet mit deutlichen, von breiten Condylomen nicht zu unterscheidenden Schleimhautplaques. Diesen Befund glaubte er bestimmt auf Lues beziehen zu müssen. Allein Poelchen hat dieselben, wie oben erwähnt, vielfach auch konstatiert, behauptet aber, dass sie durchaus nicht als syphilitische Produkte anzusehen seien, sondern auch bei jeder Ulceration anderen Ursprungs, die mit Eiterung verbunden sei, vorkommen können; es seien dies mehr warzenähnliche Gebilde.

Und wenn wir nun im Hinblick auf die Schluss-

folgerungen von Poelchen, Nikel, Hahn, und Anderen, welche die Lues als die häufigste Ursache der Mastdarmstriktur entschieden bestreiten und sich nach anderen, näher liegenden Momenten umsehen und als solche besonders die Rectovaginalfisteln, die Bartholinitis, die phlegmonöse Periproctitis nach Geburten, den Decubitus der Darmschleimhaut durch harte Kothknollen bei habitueller Verstopfung, vor allem in der Gravidität, betonen, wenn wir im Hinblick darauf unseren Fall näher ansehen, so müssen wir die übliche Diagnose Lues entschieden von der Hand weisen.

Denken wir an die schweren Geburten bei unserer Patientin, an den Abort mit heftigen Entzündungserscheinungen in der Umgebung des Uterus, an die Vereiterung der Vagina durch ein unpassendes Pessar, ferner hauptsächlich an die seit der Kindheit bestehende ausserordentliche Obstipation mit zeitweisen Prolapsus recti, sowie an jene Eindickung des Koths vor der letzten Geburt zu steinharten Skybala, an den Durchtritt derselben unter ganz aussergewöhnlichen, übermannenden Schmerzen (es sei dies schmerzhafter als die Geburt selbst gewesen) und gleichzeitiger Zerreissung der Afterschleimhaut; ferner an die glaubwürdige Angabe der Patientin, dass die Mastdarmaffektion von da an ihren Anfang genommen, so kann man nach dem Vorgang von Poelchen und Nikel solche Momente wohl mit Recht zur Erklärung des Leidens hervorheben. Freilich können wir nun nach 13 Jahren nicht mehr genau bestimmen, welches der genannten Momente das ausschlaggebende war. Am wahrscheinlichsten ist die abnorme Kothstauung mit

den erwähnten Folgezuständen zu beschuldigen.

Auch die Diagnose ex juvantibus fiel negativ aus; freilich war die bezügliche Allgemeintherapie nicht lange genug fortgesetzt worden.

b) Therapie.

Mein Fall zeigt, dass die übliche Lokalbehandlung ebenso wenig Erfolg zu haben pflegt, als die spezifischen Allgemeinkuren. Die Werthlosigkeit dieser Letzteren bestätigen auch die grossen Statistiken von Poelchen und Erkelens, sowie sämmtliche anderen Autoren.

Betreff der Lokalbehandlung gesteht Hahn gegenüber Thiem, dass die «mit der grössten und penibelsten Sorgfalt und Reinlichkeit geleiteten Lokalbehandlungen durch hohe Eingiessungen mit den verschiedensten Antisepticis, Adstringentien und Aetzmitteln, wie auch die Anwendung derselben in Pulver- und Salbenform, das Spalten der Strikturen, die Anwendung des scharfen Löffels und die Glühhitze ihn im Stiche gelassen». Ebenso wenig Erfolg hatte er durch die Bougiebehandlung erreicht. «Eine grosse Anzahl von Kranken gieng trotz der sorgfältigsten Behandlung zu Grunde. Die Eiterverluste dauerten fort; die Ulcerationen kamen nicht zur Heilung und die Kranken giengen etwas langsamer, aber ebenso sicher als Rectumcarcinom-Kranke zu Grunde. Die Einen starben an Erschöpfung in Folge der grossen Säfteverluste, indem sich gewöhnlich noch amyloide Degeneration verschiedener Organe hinzugesellte. Die Anderen starben an Perforations-Peritonitis, wieder

andere giengen an Pyämie und Septicämie zu Grunde, indem sich, von den Ulcerationen ausgehend, periproktitische und periproctale Verjauchungen einstellten, welche die Veranlassung zur septischen oder pyämischen Infektion wurden.»

Auch unsere Patientin war durch jahrelange Eiterung und Säfteverlust im höchsten Grade heruntergekommen. Lokalbehandlung war vorausgegangen, aber ohne jeden Erfolg; ja, die Aetzung mit dem Paquelin hatte wahrscheinlich die Narbenbildung und Strikturierung noch befördert.

Es konnte einzig eine grössere Operation Hülfe schaffen, wodurch die grosse Ulcerationsfläche entweder eliminirt, oder dann wenigstens die reizenden Fäkalstoffe von derselben bleibend ferngehalten wurden. Gegen die Erfüllung der ersteren Indikation — die Exstirpatio recti — sprach auch in diesem Falle in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen der meisten Autoren (s. oben) der schlechte Allgemeinzustand der Patientin. Dieselbe hätte eine so eingreifende Operation nicht ertragen. Es blieb einzig die Colotomie angezeigt.

Kaufmann wählte aus oben angeführten Gründen die Colotomia anterior.

Er operierte nach Hahn in zwei Akten.

Sehr empfehlenswert bei der Operation ist die Trendelenburgische Hochlagerung, wodurch die übrigen Därme der Schwere nach zurückfallen. In unserem Falle lag das Colon sinistrum vollständig frei vor und war sofort an seinen charakteristischen Merkmalen kenntlich.

Nicht ganz verständlich sind jene lokal peritonischen Erscheinungen, die erst einige Tage

nach dem zweiten Akt der Operation in höchst besorgnisserregender Weise sich einstellten und das Leben der Patientin bedrohten, «obwohl ja die Wundheilung ganz reaktionslos verlaufen und jedenfalls vollständige Verwachsung des Darms und des Peritoneums mit der äusseren Haut eingetreten war. Möglicherweise handelte es sich um eine Incarceration, resp. um eine Abknickung des Darms und Kothstauung; jedenfalls nicht um eine traumatische Peritonitis. Uebrigens sind ähnliche Vorkommnisse auch von anderer Seite beschrieben worden, die nach Erkelens nicht der Verletzung des Bauchfells zugeschrieben werden dürfen. Oft tritt nach der künstlichen Afterbildung erst Erleichterung und Nachlass der Symptome ein und erst später zeigen sich Entzündungserscheinungen, die selbst den Tod zur Folge haben können. Diese unglücklichen Ausgänge durch Peritonitis sind nach Erkelens auf die lang dauernde Obstruction und deren Folgen, nicht auf die Operation zurückzuführen.

Dieser unglückliche Zwischenfall, welcher die Patientin ausserordentlich erschöpfte, veranlasste uns auch, von der nach Hahn geübten Lokalbehandlung nach der Colotomie abzusehen. Hahn macht nämlich nach der Operation täglich mehrere Ausspülungen mit Desinficientien vermittelst eines Irrigateurs durch das periphere Ende und zwar so lange, bis das Wasser durch den After klar abläuft, wodurch er rasche Verminderung der Eitersekretion erzielt. Der Zustand unserer Patientin war ein so prekärer, dass wir sie von derartigen Manipulationen verschonen und uns darauf beschränken mussten, dem Koth einen neuen Weg geschaffen zu haben,

wodurch wenigstens die Ulcerationsfläche immer mehr und mehr, besonders nach dem Aufstehen der Patientin, von dem Reiz der Faeces verschont blieb.

Das schliessliche Resultat ja war ein so gutes, wie man es bei dem hochgradigen Kräfteverfall der Patientin nur erwarten konnte.

In der ganzen Literatur finde ich einen einzigen Fall, der die Operation wegen dieser Affektion länger überlebte als gegenwärtig meine Patientin.

Hahn berichtet von 8 Fällen, die er bis 1883 wegen Mastdarmstriktur colotomiert hat. Davon starben zwei einige Tage nach der Operation (1 in Folge von Inanition, 1 an Peritonitis):

1 war noch in Behandlung,
1 » vor 4 Wochen operirt,
1 » » 1 Jahr operirt,
3 starben im Verlauf von 8 Monaten

bis 2 1/2 Jahren an intercurrenten Krankheiten, die weder mit der Operation noch mit dem Leiden der Patienten in Verbindung standen.

Erkelens führt, wie ich oben erwähnt, 49 Fälle von operirten Strikturen an. Davon genasen 29. Von diesen 29 kann er bloss 3 anführen, die länger als 1 1/2 Jahre gelebt haben nach der Operation. Einer starb 1 3/4 Jahre nach der Operation; der zweite lebte noch 3 Jahre nachher und ein dritter noch 6 Jahre (befand sich ganz wohl).

Bei unserer Patientin sind nun 3 3/4 Jahre seit der Operation verflossen. Sie stand seitdem ausser wegen der erwähnten Elephantiasis clitoridis nie mehr in ärztlicher Behandlung und erfreut

sich eines verhältnissmässig befriedigenden Gesundheitszustandes. Sie besorgt ihre Geschäfte als Hausfrau und Wirthin.

Die proctitischen Prozesse sind ganz verschwunden. Die ausserordentliche Empfindlichkeit der Patientin gegen die geringsten Verdauungsstörungen und Erkältungen, die sofort mit heftiger Diarrhoe und Bauchschmerzen reagieren, wird wohl mit der langjährigen Kothstauung und deren Folgen zusammenhängen.

Zum Schlusse recapituliere ich nochmals die Resultate, welche meine Studie in Uebereinstimmung mit den neueren Autoren ergibt:

1) Die Proctitis ulcerosa chronica ist in vielen Fällen, entgegen früherer Annahme, nicht auf Syphilis zu beziehen, sondern anderen Ursprungs, wobei Trauma und Decubitus in Folge hochgradiger Stuhlverstopfung die Hauptrolle spielen.

2) Für die fortgeschrittenen Fälle der Affektion ist die Colotomia anterior die zweckdienlichste Operation.